


常務理事	事務長		担当者

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証 (被保険者手帳)	記号	〇〇〇	番号	〇〇〇〇
被 保 険 者	氏名	健保 太郎 		
	生年月日	昭和・平成・令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		
事 業 所	名称	〇〇〇株式会社		
	所在地	〇〇県〇〇市〇〇町1-1-1		
適 用 対 象 者	氏名	健保 太郎	被保険者 との続柄	本人
	生年月日	昭和 平成 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	性別	男・女
被 保 険 者 (適 用 対 象 者) の 住 所		〇〇県〇〇市〇〇町9-9-9		
当 該 認 定 証 を 提 出 す る 医 療 機 関	名称	〇〇〇病院		
	所在地	〇〇県〇〇市〇〇町7-7		
	入院日 (予 定 日)	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		
	想定される入院期間	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 ~ 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		

上記のとおり健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。

〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

健 康 保 険 組 合 記 入 欄			
認定証 交付日		認定証 回収日	

